

Особенности логопедической работы по формированию звукопроизношения у детей дошкольного возраста со стертой дизартрией

Поданева Т.А., учитель-логопед

В настоящее время среди детей дошкольного возраста распространённым речевым нарушением является стёртая дизартрия - нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации мышц речевого аппарата: дыхательного, голосового, артикуляционного и возникающее вследствие невыраженного микро органического поражения головного мозга.

Ведущим звеном в структуре речевого дефекта являются стойкие фонетические нарушения, обусловленные недостаточной иннервацией отдельных групп мышц артикуляционного аппарата. Основным симптомом стёртой дизартрии является нарушения звукопроизношения и просодики, то есть: темпа, ритма, интонации, мелодики, паузации.

Основные жалобы при стертой дизартрии: невнятная невыразительная речь, плохая дикция, искажение и замена звуков в сложных по слоговой структуре словах и др. Это речевое нарушение достаточно трудно поддается логопедическому воздействию, поэтому проблема ранней профилактики и комплексной (медицинской, психологической, логопедической) коррекции данной формы дизартрии становится всё более актуальной на современном этапе развития логопедии.

Анализ анамнестических данных показывает, что у детей со стертой формой дизартрии часто имеют место отклонения во внутриутробном развитии (токсикозы, гипертония, нефропатия и др.); асфиксия новорожденных, стремительные или затяжные роды. В первый год жизни многие наблюдались у невролога, назначалось медикаментозное лечение и массаж. В диагнозе до года стояло ПЭП (перинатальная энцефалопатия). Развитие ребенка после одного года, как правило, у всех было благополучным, невропатолог больше не наблюдал этих детей, т.к. ребенок считался здоровым.

При обследовании детей со стертой дизартрией в возрасте 5 – 6 лет выявляются следующие симптомы:

Общая моторика. Дети моторно неловки, неустойчиво стоят на одной ноге, не могут попрыгать на одной ноге. Плохо подражают при имитации движений: как идет солдат, летит птица, режут хлеб. Особенно заметна моторная несостоятельность на физкультурных и музыкальных занятиях, где дети отстают в темпе, ритме движений, а также при переключаемости движений.

Мелкая моторика рук. Уровень мелкой моторики снижен. Нарушение тонких дифференцированных движений рук проявляется при выполнении проб – тестов пальцевой гимнастики. Дети затрудняются или просто не могут без посторонней помощи выполнять движения по подражанию.

Особенности артикуляционного аппарата. У детей со стертой дизартрией выявляются патологические особенности в артикуляционном аппарате.

Паретичность мышц органов артикуляции проявляется в следующем: лицо гипомимично, мышцы лица при пальпации вялые, позу закрытого рта многие дети не удерживают, т.к. нижняя челюсть не фиксируется в приподнятом состоянии из-за вялости жевательной мускулатуры; губы вялые, углы их опущены, во время речи губы остаются вялыми и необходимой лабиализации не происходит, что ухудшает просодическую сторону речи. Язык тонкий, находится на дне полости рта, кончик языка малоактивный. При артикуляционных упражнениях мышечная слабость увеличивается.

Спастичность мышц органов артикуляции проявляется в следующем: лицо амимично, мышцы лица при пальпации твердые, напряженные. Во время речи губы не принимают участия в артикуляции звуков. Язык при спастическом симптоме чаще изменен по форме: толстый, без выраженного кончика, малоподвижный.

Гиперкинезы при стертой дизартрии проявляются в виде дрожания, тремора языка и голосовых связок. Тремор языка проявляется при функциональных пробах и нагрузках. При задании подержать широкий язык на нижней губе на счет 5 – 10 язык не может сохранить состояние покоя, появляется дрожание и легкий цианоз (т.е. посинение кончика языка), а в некоторых случаях язык крайне беспокойный (по языку прокатываются волны в продольном или поперечном направлении). В этом случае ребенок не может удержать язык вне полости рта. Гиперкинезы чаще сочетаются с повышенным тонусом артикуляционного аппарата.

Апраксия проявляется в невозможности выполнения определенных движений или при переключении от одного движения к другому. Можно наблюдать кинетическую апраксию, когда ребенок не может плавно переходить от одного движения к другому. У других детей отмечается кинестетическая апраксия, когда ребенок не может «нащупать» нужную артикуляционную позу, производя хаотические движения.

Девиация, т.е. отклонение языка от средней линии, проявляется также при артикуляционных пробах, при функциональных нагрузках. Сочетается с асимметрией губ при улыбке со сглаженностью носогубной складки.

Гиперсаливация (повышенное слюноотделение) определяется лишь во время речи. Дети не справляются с саливацией, не сглатывают слюну, при этом страдают произносительная сторона речи и просодика.

Моторика артикуляционного аппарата. Отмечается нечеткость артикуляционных движений, аритмичность, снижение амплитуды движений, быструю утомляемость мышц. При функциональных нагрузках качество артикуляционных движений резко падает, это и приводит во время речи к искажению звуков, смещению их и ухудшению в целом просодической стороны речи.

Звукопроизношение. При первоначальном знакомстве с ребенком звукопроизношение его оценивается как сложная дислалия или простая

дислалия. Выявляются: смешение, искажение звуков, замена и отсутствие звуков, т.е. те же варианты, что и при дислалии. Но, в отличие от дислалии, речь при стертой дизартрии имеет нарушения и просодической стороны. Нарушения звукопроизношения и просодики влияют на разборчивость речи, внятность и выразительность. Наиболее распространенным нарушением является дефект произношения свистящих и шипящих. Часто отмечается межзубное произношение переднеязычных, боковое произношение свистящих, шипящих и аффрикат, дефекты смягчения, свистящие и шипящие сигматизмы.

Слоговая структура. Дети испытывают трудности при произношении слов сложной слоговой структуры. Преобладают ошибки следующих видов: сокращение числа слогов, сокращение стечений согласных, уподобление слогов друг другу.

Просодика. Интонационно – выразительная окраска речи детей со стертой дизартрией резко снижена. Страдает голос, голосовые модуляции по высоте и силе, ослаблен речевой выдох. Нарушается тембр речи и появляется иногда назальный оттенок. Темп речи чаще ускорен. Речь ребенка монотонна, постепенно становится менее разборчивой, голос угасает. Ребенок не может по подражанию менять высоту голоса, имитируя голоса животных: коровы, собаки и т.д.

У некоторых детей речевой выдох укорочен и они говорят на вдохе. В этом случае речь становится захлебывающейся. У некоторых детей отклонений в произношении не выявляется, т.к. они говорят скандировано, т.е. по слогам, а на первое место выступает только нарушение просодики.

Стертая форма дизартрии чаще всего диагностируется после пяти лет. Все дети, чья симптоматика соответствует стертой дизартрии, направляются на консультацию к невропатологу для уточнения или подтверждения диагноза и для назначения адекватного лечения, т.к. при стертой дизартрии методика коррекционной работы должна быть комплексной и включать:

- медицинское воздействие;
- психолого – педагогическую помощь;
- логопедическую работу.

Логопедическую работу по преодолению стертой формы дизартрии можно условно разделить на следующие блоки:

I блок. Нормализация мышечного тонуса:

1) гигиенический массаж лица.

Поглаживающие движения. Направление движений – от середины лба к верхней части ушей, от носа к средней части ушей, от середины подбородка к нижней части ушей. Потянуться руками вверх, улыбнуться.

Спиралевидные движения. Направление движений - от середины лба к верхней части ушей, от носа к средней части ушей, от середины подбородка к нижней части ушей.

2) точечный массаж;

3) массаж языка.

4) физкультурные занятия по программе детского сада.

II блок. Формирование кинестетического и кинетического ощущения ручных и артикуляторных движений:

- 1) пальчиковые игры
- 2) упражнения на противопоставление большого пальца руки другим;
- 3) упражнения на определение положения губ (гласные звуки);
- 4) упражнения на различение узкого и широкого кончика языка;
- 5) упражнения на определение положения кончика языка (поднят, опущен).

III блок. Статико-динамические упражнения для развития моторного праксиса в целом, основанные на синхронных и асинхронных движениях рук и артикуляционного аппарата:

- 1) общая моторика;
- 2) мелкая моторика:
 - пальчиковая гимнастика
 - графические упражнения
 - игры с предметами
 - продуктивные виды деятельности.
- 3) артикуляционный праксис:

Артикуляционной гимнастике необходимо уделять самое пристальное внимание, т.к. она лежит в основе коррекции стертой дизартрии. Для детей с дизартрией артикуляционную гимнастику проводят в трех вариантах: пассивно, пассивно-активно и активно. Пассивная гимнастика применяется, если у ребенка нет возможности выполнения заданных движений. В этом случае, механически воздействуя на органы артикуляции руками или зондами, воссоздаются артикуляционные позы и движения. В дальнейшем пассивная гимнастика сменяется пассивно-активной и активной.

Артикуляционная гимнастика для детей со стертой дизартрией отличается от гимнастики, проводимой с остальными детьми тем, что ее дают, как рекомендует Е.Ф.Архипова, с функциональной нагрузкой. Функциональная нагрузка выражается в утрированном, четком выполнении всех заданий, с максимальной амплитудой движений органов артикуляции. Ребенка просят удерживать артикуляционную позу под счет до 5. Объединяют артикуляционные движения в серии: «улыбка» – «трубочка», «улыбка» – «трубочка» – «хоботок», «лопаточка» - «мост», «лопаточка» - «мост» - «парус». Целью упражнений является объединение отдельных движений в серию последовательно организованных, с хорошей переключаемостью.

IV блок. Развитие просодики речи.

1. Работа над интонацией: выразительностью повествовательного, вопросительного, восклицательного предложений.
2. Работа над ритмикой слова.
3. Работа над ударением.
4. Работа над ритмом.
5. Работа над паузой, насыщенной речевым содержанием.
6. Работа по развитию высоты голоса и речевого дыхания.

V блок. Коррекция звукопроизношения:

- 1) подготовка артикуляционного аппарата для правильного произношения звука.
- 2) формирование первичных произносительных умений и навыков;
- 3) выработка коммуникативных умений и навыков:
 - выработка самоконтроля,
 - тренировка правильных речевых навыков в различных речевых ситуациях.
- 4) преодоление или предупреждение вторичных нарушений
- 5) подготовка к обучению в школе

Постановка звуков при дизартрии:

Последовательность постановки звуков определяется индивидуальным подходом, в зависимости от подготовленности артикуляционных укладов.

При стертой дизартрии коррекцию звуков необходимо начинать с уточнения гласных звуков. Длительность гласных звуков определяет разборчивость речи, темп, мелодико – интонационную окраску, т.к. модулируя голосом по высоте и силе гласные звуки, удастся передавать эмоциональный компонент речи. Согласные звуки несут в основном семантическую нагрузку.

Уточняют гласные звуки в такой последовательности: (э, а, и, ы, о, у). Добиваются четкой артикуляции. Согласные звуки начинают отрабатывать с мягких сонорных звуков, а затем закрепляют их твердые пары (мь – м, нь – н, й, ль – л, рь – р). После сонорных звуков уточняют или заново формируют смычно – взрывные звуки: (пь – п, бь – б, ть – т, дь – д, кь – к, гь – г). Затем уточняют шелевые звуки: (фь – ф, вь – в). Переднеязычные звуки значительно чаще искажаются при дизартрии. Рекомендуется следующий порядок: (сь – с, зь – з, ш – ж, хь – х, щ, ч, ц).

Такая последовательность в выборе звуков для коррекционной работы объясняется рядом факторов:

- последовательностью формирования звуков в онтогенезе;
- возможностью опираться на зрительный контроль, на кинестетические ощущения;
- опорой на тактильно – вибрационный контроль
- предусматривается постепенный переход от простых артикуляций к более трудным.

В речевой функциональной системе принимают участие все анализаторы: слуховой, зрительный, двигательный, кожно – кинестетический. Каждый из них вносит свой вклад в образование речи.

Как рекомендует в книге «Коррекционно – логопедическая работа по преодолению стертой дизартрии» Е.Ф.Архипова, с целью усиления кинестезий используют при автоматизации звуков оптимизирующие логопедическую работу приемы, включающие пальцевые движения на аппликаторе, имеющем игольчатую поверхность. Используют массажные щетки, пластмассовые мыльницы с игольчатой поверхностью и т.п. Стимуляцию осуществляют прижатием подушечек пальцев к аппликатору.

Начинают автоматизацию с уточнения произнесения гласных звуков. Учат длительно произносить (пропевать) гласные звуки с четкой, утрированной артикуляцией, стимулируя таким образом периферический отдел двигательного анализатора. Гласные звуки произносят в определенной последовательности, при этом поочередно прижимают подушечки пальцев ребенка к аппликатору. Затем ребенок сам выполняет данное упражнение по подражанию. Вводят зрительные опоры – символы гласных звуков, которые не только подсказывают, какой гласный звук произносить, но и напоминают, что губы должны активно работать и как они должны работать. Это обеспечивает четкость артикуляции.

Автоматизация и дифференциация звуков:

Самым сложным направлением работы на втором этапе является закрепление вызванного звука, т.е. его автоматизация. Изолированно дети поставленные звуки произносят правильно, а в речевом потоке звуки искажаются.

Автоматизация осуществляется по принципу от простого к сложному. Прежде всего требуется включение звука в слоги. При включении автоматизируемого звука в слово соблюдаю ряд требований к лексическому материалу. В нем должно содержаться максимальное количество закрепляемых звуков и не должно быть неправильно произносимых ребенком звуков. Учитывают смысловую доступность лексического материала.

Лексический материал для автоматизации согласных звуков на уровне слов располагают в порядке возрастания трудности по 13 классам в соответствии с методикой формирования слоговой структуры слова А.К.Марковой, где закрепляемый звук находится в разных позициях (см. дидактический материал – Учим звуки по слогам. – М.: ТЦ Сфера, 2008. – 32с.

Затем автоматизация поставленных звуков проходит в предложениях, насыщенных контрольным звуком, чистоговорках, стихах, рассказах.

Автоматизация звука проходит вначале с опорой на образец, т.е. по подражанию логопеду, а затем с опорой на наглядность (схемы, картинки, символы и т.п.).

Так же, используя наглядность, проводят работу по дифференциации смешиваемых звуков в слогах, словах, предложениях, рассказах.

У детей с общим недоразвитием речи проводится работа по обогащению словарного запаса, развитию грамматического строя и связной речи.

При автоматизации и дифференциации звука ведется параллельная работа по уточнению и развитию фонематического слуха.

Эти направления сочетают с работой над выразительностью речи. Ребенка учат ускорять и замедлять темп речи, равномерно чередовать ударные и безударные слоги, выдерживать паузы, повышением голоса выделять отдельные слова и т.д.

Вся работа сочетается с развитием звукового анализа и синтеза для профилактики дисграфии.

Использованная литература:

1. Архипова Е. Ф. Стертая дизартрия у детей: учеб. Пособие для студентов вузов/ Е.Ф.Архипова. - М.: АСТ: Астрель: ХРАНИТЕЛЬ, 2006.
2. Лопатина Л. В. Приемы логопедического обследования дошкольников со стертой формой дизартрии и дифференциация их обучения// Дефектология. – 2006. - № 2. – С. 64 – 70.
3. Лопатина Л. В. Дифференциальная диагностика стертой дизартрии и функциональных расстройств звукопроизношения. Материалы конференции «Реабилитация пациентов с расстройствами речи». – С. – Пб., 2000. – С 177-182.
4. Соботович, Е.Ф. Проявления стертых форм дизартрии и методы их диагностики /Е.Ф. Соботович, А.Ф. Чернопольская //Дефектология. - 2004. - № 4. – С.15-18.